Docteur Marcel MONTCERISIER

N° 2

Kystes du Vagin et Puerpéralité

MARSEILLE
Imprimerie SAINT-LAZARE
Cours-Gouffé, 44
1931

KYSTES DU VAGIN

ET

PUERPÉRALITÉ

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

KYSTES DU VAGIN ET PUERPÉRALITÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille
Le 28 Juillet 1931

PAR
MARCEL MONTCERISIER
Ancien Externe des Hopitaux. Ancien Préparateur d'histologie à l'Ecole de Médecine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. GUÉRIN VALMALE
ROMIEU
VAYSSIERE
BOURDE
MOIROUD

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Professeurs Honoraires de l'École de Médecine

MM. ALEZAIS, ARNAUD, D'ASTROS, BOIE T, DOMERGUE, BERG

Doyen : L. IMBERT

Assesseur : MOITESSIER **Secrétaire :** COMTE

Professeurs

Histologie	ROMIEU
Chimie médicale	MOITESSIER
Chimie analytique et hydrologie	BLANCHETIERE
Physique	CHEVALIER
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Parasitologie	JOYEUX
Matière médicale et Pharmacodynamie	MERCIER
Clinique chirurgicale	IMBERT
Clinique médicale	GAUJOUX
Clinique obstétricale	GUERIN DE MONTGAREUIL-VALMALE
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique chirurgicale	SILHOL

Professeurs sans chaire

Chargés de Cours à titre permanent

Anatomie	CORSY
Physiologie	COTTE
Pathologie externe	FIOLLE
Pathologie interne	MONGES
Thérapeutique	MATTEI
Médecine légale	PAYAN
Hygiène coloniale	VIOLLE
Bactériologie	ROUSLACROIX
Pharmacie	FABREGUE
Histoire naturelle	GABRIEL
Chimie minérale	TIAN
Histoire des drogues végétales	P. BRUN
Clinique urologique	CHAUVIN
Clinique des maladies exotiques	HECKENROTH
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique médicale infantile	CASSOUTE
Stomatologie	BELTRAMI

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Agrégé en exercice

Pathologie interne et propédentique médic. J. PIERI

Chargés de Cours à titre temporaire

Pathologie expérimentale ..... PEYRON
Clinique dermatologique ..... VIGNE

Chargés des fonctions d'agrégé

Anatomie ..... MOIROUD
Physiologie ..... PERIOT
Physique médicale ..... RIMATTEI
Chirurgie ..... BOURDE
Obstétrique ..... VAYSSIERE
Pharmacie ..... VIGNOLI
Histoire naturelle ..... QUINTARET
Parasitologie ..... RAYBAUD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique chirurgicale infantile ..... M. BRUN
Psychiâtrie ..... REBOUL-LACHAUX

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545811_0010

A MA MERE, A MON PERE

ils ont toujours été pour moi l'exemple du dévouement et du sacrifice ; que ma vie soit guidée par leur exemple et qu'ils trouvent ici un modeste témoignage de ma reconnaissance et de mon amour infinis.

A MA SŒUR

A MON FRERE

L'ABBE LEON MONTCERISIER

que votre affection soit toujours pour moi pleine de sollicitude.

A MA FIANCEE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUERIN-VALMALE

AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE

qui m'a accueilli avec tant de bonté et qui a bien voulu s'intéresser à ce modeste sujet de Thèse, qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde admiration et de ma respectueuse reconnaissance,

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROMIEU

AGRÉGÉ DES FACULTÉS

qui m'a guidé dans mes premiers pas médicaux ; dont j'ai eu l'honneur d'être le préparateur. Il fut pour moi un maître et un père.

A Messieurs les Docteurs :

ARNOULD

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ

dont j'ai l'honneur d'être l'assistant.

BELLEY

qui fut pour moi un conseiller, un ami ; que sa vie soit l'exemple de ma carrière médicale.

A Mes Maîtres, les Docteurs :

MATTEI

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE

qui m'apprit les éléments de la médecine.

CHAUVIN

PROFESSEUR D'UROLOGIE A LA FACULTÉ

qui m'a toujours témoigné une grande bienveillance.

OLMER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

JUGE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

DE VERNEJOUL

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

VIGNE

PROFESSEUR DE DERMATO VÉNÉRÉOLOGIE

dans le service duquel j'ai eu l'honneur de faire fonction d'interne durant un an.

SILHOL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

POUCEL

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

FRANÇOIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

TURRIES

MÉDECIN DES HOPITAUX

GIRAUD

MÉDECIN DES HOPITAUX

dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève.

BOURDE-MOIROUD

CHIRURGIENS DES HOPITAUX, PROFESSEURS A LA FACULTÉ

qui nous ont enseigné les éléments de la chirurgie.

A MON JURY DE THESE

A MES CHERS AMIS

LES DOCTEURS LLUCIA, DAGAN, DUMON

en souvenir des belles années passées ensemble pendant nos études médicales.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève, modeste hommage de ma reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs :

SALMON

INTERNE DES HOPITAUX

PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ISEMEIN

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ESMENARD

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

BRAHIC

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

qui m'ont enseigné les éléments de la médecine et à qui je dois une grande partie de mes connaissances médicales.

MEIS ET AMICIS

PRÉAMBULE

A l'occasion d'une observation de kyste du vagin prise dans le service de notre Maître le Professeur Guérin-Valmale et qu'a bien voulu nous communiquer le Professeur Vayssière, il nous a paru intéressant de reprendre l'étude de cette question et d'en faire le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis ici d'adresser nos remerciements les plus vifs à Monsieur le Professeur Guérin-Valmale qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et en accepter la présidence.

Qu'il nous soit permis de remercier Monsieur le Professeur Vayssière d'avoir bien voulu nous communiquer son observation personnelle.

Nous remercions aussi tout particulièrement Monsieur le Professeur Cornil qui nous a accueilli avec grande bienveillance et qui a guidé nos recherches pathogéniques dans l'affection que nous étudions.

Enfin, nous nous faisons un devoir agréable d'adresser notre sympathie et notre reconnaissance à Monsieur le Docteur Acquaviva, chef de clinique obstétricale, qui nous a donné ses conseils avertis et pleins de science.

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons dans ce modeste travail est, avant tout, d'étudier les kystes ou plus exactement les formations kystiques du vagin dans leurs rapports avec la puerpéralité. Nous ferons en même temps un chapitre d'étude pathogénique.

Nous ferons une étude d'ensemble de la question mais nous nous attacherons spécialement à montrer les influences morbides que peuvent avoir les kystes du vagin sur la puerpéralité et réciproquement l'influence de la grossesse sur les kystes du vagin.

Nous donnerons ensuite les indications thérapeutiques que peut nécessiter cette affection.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'historique de la question peut se diviser en quatre périodes.

Dans la 1re période, OAXLEY-HENNING, HALLER, HUGUIER, en 1847, publièrent les premiers travaux ; leur étude se faisait à un point de vue essentiellement clinique.

Dans la 2e période, VERNEUIL, LADREIT de la CHARRIERE émettent l'idée de kystes analogues à des bourses séreuses accidentelles.

L'étude pathogénique attire désormais seule l'attention des auteurs.

Dans la 3e période, POUPINEL, VON PREUSCHEN, THALINGER (1884), ZELIGSON (1895) font des travaux d'ensemble assez importants.

Enfin dans la dernière période, l'histologie et le développement des sciences anatomo-pathologiques ont permis de rattacher à leur vraie cause et à leur origine embryonnaire ces formations kystiques à qui les auteurs des précédentes périodes avaient donné les origines les plus diverses.

C'est à ce moment que l'on découvre le rôle des

canaux de GAERTNER et de MULLER dans leur développement.

Les recherches de WOLFF, de ZUGENSPECK et de ZUCKERWANDT, le mémoire de FREDET (1904) proposent et légitiment l'hypothèse de l'origine WOLFIENNE des kystes vaginaux.

A l'heure actuelle, l'étude pathogénique des kystes du vagin paraît s'être étendue et comprendre en plus les endométriomes.

MIKLER dans sa thèse de 1927 a fait une étude détaillée de cette formation kystique nouvellement décrite : nous reprendrons cette étude dans le chapitre de pathogénie.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le terme de kyste du vagin est impropre ; nous redisons encore qu'il est préférable de donner à ces tumeurs l'appellation de formations kystiques vaginales.

Les formations kystiques vaginales ne sont pas rares et, d'après une statistique de POUPINEL on les rencontrerait chez 3 femmes pour 100.

Si nous nous rappelons que leur pathogénie est due à des dysembryoplasies nous ne serons pas étonnés de les rencontrer à tous les âges et même aux âges extrêmes de la vie ; toutefois, pendant les périodes d'activité génitale, elles subissent quelquefois une impulsion très grande et se manifestent par des troubles fonctionnels et physiques qui les font paraître plus fréquentes à l'âge adulte.

Leur siège peut être en un point quelconque du vagin ; PICQUE a rapporté un cas où il siégeait sur toute la longueur du vagin ; LANNELONGUE et ACHARD en citent un autre dont le siège était à l'hymen. A part ces quelques rares exceptions, les kystes vaginaux siègent surtout sur la paroi postérieure d'après POUPINEL, sur la paroi antérieure d'après WINCKEL, sur la paroi latérale d'après MARION.

Ceux de la paroi antérieure seraient bas situés ; ceux de la paroi postérieure haut situés ; il n'y a pourtant pas

de règle fixe, leur pathogénie étant la seule cause de leur siège.

Quelquefois uniques, il n'est point rare cependant d'en rencontrer deux et même davantage sur une même malade. D'après POUPINEL on rencontrerait des kystes multiples dans 20 % des cas.

Le volume peut varier d'une noisette à celui d'une tête fœtale ; la forme peut être quelconque.

La muqueuse qui recouvre le kyste présente un état différent suivant le siège, le volume et la forme du kyste ; elle peut être très adhérente, épaissie ou amincie, quelquefois même très infiltrée. C'est ce qui explique la difficulté opératoire pour extirper ces kystes. — WHATTS, en 1881, (American Journal Of Obstetries (1881) ; RICHELOT (Union Médicale, 16 octobre 1888) ; THEVENOT signalent que dans l'extirpation de kystes du vagin, ils ont été particulièrement gênés par l'adhérence et l'épaisseur de la muqueuse vaginale ; enfin dans notre observation inédite, l'adhérence était très marquée et l'intervention en a été d'autant plus difficile et délicate.

Le contenu est très variable ; tantôt liquide citrin ou filant, visqueux, opalescent ; dans le cas de kyste hydatique on a même trouvé dans le liquide des membranes hydatiques (observations XI, XV).

Dans le cas de liquide clair, il est fréquent d'obtenir par l'acide acétique dilué une substance à caractères glycoprotéiques la métalbumine de SCHERER (de ROUVILLE) ; d'autres fois le liquide est brun noirâtre ou sanguinolent ou même purulent ; la réaction est alcaline ou neutre ; enfin il ne faut pas oublier qu'il y a des kystes dermoïdes du vagin et leur contenu est identique à celui des kystes semblables situés dans d'autres régions (VEIT et VALTRIN).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Nous étudierons successivement le contenant et le contenu.

La paroi du kyste est constituée par un épithélium cylindrique à gros noyaux cellulaires, périphériques, reposant sur une membrane basale qui le sépare de la gaine conjonctive ; les cellules cylindriques sont terminées le plus souvent par des cils vibratiles ; le revêtement épithélial n'est pas toujours aussi typique : on peut rencontrer parmi les éléments cylindriques quelques cellules de remplacement : tantôt des cellules aplaties à gros noyaux, tantôt des cellules pavimenteuses stratifiées ; la basale peut quelquefois être absente. Au-dessous de la basale, se trouve une mince couche de tissu conjonctif sillonnée de capillaires, souvent doublée elle-même d'une couche musculaire à fibres lisses circulaires et longitudinales.

La disposition type que nous venons de décrire affecte souvent une disposition peu régulière ; les éléments musculaires et conjonctifs paraissent tellement intriqués qu'il est impossible d'en faire la systématisation.

Le contenu du kyste varie dans ses aspects microscopiques comme il varie dans ses aspects macroscopiques. Il est fréquent de trouver :

des cellules épithéliales de type pavimenteux ;

des éléments figurés du sang : globules rouges, polynucléaires dégénérés ; d'autres auteurs signalent même

de grandes cellules rondes granuleuses (JOHNSTON).

Enfin GRAEFE y a vu des globules de pus en dégénérescence graisseuse et des cristaux de cholestérine.

CHAPITRE III

ETUDE PATHOGÉNIQUE

Le canal issu du rein primitif va se dédoubler en deux canaux secondaires : le canal de Wolf et le canal de Muller.

Celui-ci seul va se développer chez la femme. Le canal de Wolf va donner durant la vie embryonnaire et fœtale le canal de Gârtner. Celui-ci prend son origine au niveau du parovarium, il va suivre une direction oblique en bas et en dedans pour pénétrer dans l'utérus au niveau de l'extrémité supérieure du col ; après avoir cheminé dans la paroi antéro-latérale du vagin il va descendre jusqu'à la base de l'hymen et se perdre dans son bord libre au niveau du sillon nympho-hyménéal.

MEYER qui a étudié particulièrement cette question nous signale que le canal de Gârtner présente une dilatation assez marquée au niveau des culs de sac vaginaux.

Au moment de la naissance, il se produit une régression du canal de Gârtner qui va bientôt disparaître complètement.

La persistance des canaux de Gârtner présente, d'après Meyer, la forme d'un tube épithélial sans musculeuse ou celle d'un cordon musculaire sans revêtement épithélial.

Son siège est au niveau de la paroi antéro-latérale de l'utérus et du vagin.

Au point de vue embryologique qui pourrait nous expliquer certaines formations kystiques, se rattache une question importante : la présence de follicules clos et de glandes annexées à la muqueuse vaginale. Certains auteurs tels que LOEWENSTEIN les considèrent comme très nombreux et répandus sur de grandes étendues.

KRAUSE, RAUBER, BROESCKE et DOBROWOLSKI en voient également partout.

PRETTI et SCHIRCHOFF nient leur existence.

Y a-t-il des glandes ? Niées par ROBIN, NAGEL, SAPPEY, elles sont affirmées par HENNING qui les considère comme des glandes sébacées ou des lobules aberrants d'organes existant à la vulve.

D'autres auteurs avec BRANCA et RIFFEL déclarent que l'épithélium vaginal ne donne jamais naissance à des glandes mais que, à son niveau, peuvent venir s'ouvrir d'une façon anormale des glandes utérines erratiques ou des glandes sébacées vulvo-vaginales erratiques.

Les glandes utérines erratiques présentent une constitution analogue à celle des glandes cervico-utérines, c'est-à-dire des glandes tubuleuses ramifiées qui ont une paroi conjonctive et un épithélium cylindrique vibratile.

La transformation kystique de ces glandes est fréquente ainsi que nous pouvons le constater par la présence des œufs de NABOTH.

De ce rappel embryologique peuvent se tirer les théories pathogéniques qui prétendent expliquer les kystes du vagin.

Les théories anciennes abandonnées n'offrent aucun intérêt. Hygroma... (EUSTACHE) — THALINGER — TILLAUX).

Lymphatiques (KLEBS — WILHEM).

THEORIES EXCEPTIONNELLES

Origine traumatique. — Il se produirait un enfouissement de débris épithéliaux dans la muqueuse vaginale qui serait le point de départ d'un kyste.

MARION déclare qu'à la suite d'un traumatisme opératoire tel que colporraphie, applications de forceps, on rencontre des kystes vaginaux.

BONNET et PETIT signalent un cas de kyste du vagin à la suite de colporraphie par avivement.

THOMAS et KULLER rapportent 26 cas de kystes dus à l'inclusion au cours de périnéorraphie ou de cicatrices spontanées de déchirures du périnée.

POLIZZOOTTI et FROMENT prétendent que les kystes seraient dus en pareil cas à l'accolement des replis de la muqueuse vaginale sous l'influence de processus inflammatoires.

Enfin, d'autres auteurs estiment que les traumatismes les plus bénins peuvent déterminer l'apparition de kystes en incitant à l'évolution kystique des résidus embryonnaires.

THEORIE DE L'ORIGINE PERITONEALE

Au point de vue embryologique le cul de sac de DOUGLAS se continue jusqu'au cloaque. Sa disparition se fait ensuite par un mode d'accolement de ses deux feuillets analogues à celui des autres feuillets.

D'après ZUCKERKANDLT on trouverait fréquemment

chez l'adulte dans les tissus sous-jacents au cul de sac de Douglas des formations kystiques à contenu liquide, les cavités du contenant étant tapissées de cellules endothéliales. Pour cet auteur ces cavités kystiques communiquant avec la cavité péritonéale constituaient des hydrocèles communiquantes du vagin. Leur dégénérescence kystique se ferait par oblitération du pertuis faisant communiquer la cavité kystique avec la cavité péritonéale. Leur constitution histologique est celle du péritoine embryonnaire. Quant à son siège il ne pourra être que postérieur depuis le cul de sac recto-vaginal jusqu'au périnée.

THEORIES PRINCIPALES

D'une façon générale on peut affirmer que la plupart des kystes du vagin se développent au dépens de restes embryonnaires nous voulons dire du canal de GARTNER et du canal de MULLER.

ORIGINE CONGENITALE MULLERIENNE

Le canal utéro-vaginal ou canal de LEUCKART résulte de la fusion sur la ligne médiane des deux conduits de Muller.

Il se compose donc d'une partie supérieure ou utérine tapissée par un épithélium prismatique, d'une partie inférieure ou vaginale revêtue par un épithélium pavimenteux.

Or, tandis que la portion utérine reste creuse, la portion vaginale se transforme en un cordon plein par prolifération de ses cellules pavimenteuses de revêtement et cette prolifération dépasse même les limites du vagin et

envahit sous forme de bourgeons épithéliaux les tissus périphériques.

Un de ces bourgeons peut s'isoler, s'inclure dans la paroi musculo-conjonctive du vagin et proliférer pour donner naissance à un kyste. Celui-ci possède un revêtement épithélial pavimenteux.

On peut expliquer ainsi les kystes du vagin à revêtement épithélial pavimenteux et peut-être même certains kystes dermoïdes.

ORIGINE WOLFIENNE

On admet, en général, que les kystes du vagin à revêtement cylindrique ont une origine wolfienne.

Nous savons que la disparition du canal de Wolff doit se faire en totalité mais cependant il est fréquent de constater une régression anormale qui fait que certaines formations vestigiales vont persister d'où formations kystiques en puissance.

Parmi celles-ci, celles que nous rencontrons le plus fréquemment sont le canal de Gaertner, le parovaire.

Ces deux formations sont les plus fréquentes car la régression du canal de Wolff se fait de haut en bas. Or, étant donné que les arrêts de régression peuvent se faire en un ou plusieurs points et que nous pouvons assister à la formation d'une ou de plusieurs formations kystiques étagées nous ne serons pas étonnés de rencontrer un ou plusieurs kystes.

KOEBERLE, RECKLINGHAUSEN ont signalé des kystes du vagin d'origine wolfienne siégeant au niveau de la paroi vaginale ; KLEIN, GROCHIFF en ont signalé à

l'hymen ; KLEIN en a signalé au voisinage du méat urinaire.

Au point de vue macroscopique, le siège se trouve au niveau des parois postéro-latérales, leur nombre peut être unique ou multiple étagé en chapelet.

Ce qui caractérise avant tout l'origine wolfienne des kystes du vagin c'est l'examen microscopique qui nous montre un tube revêtu d'un épithélium cylindrique à une ou deux assises de cellules le tout entouré d'une gaîne musculaire lisse.

Au point de vue histologique la plupart des kystes du vagin reconnaissent une origine wolfienne. POUPINEL estime cette origine dans 80 % des cas.

Au point de vue étude macroscopique les kystes wolfiens peuvent présenter des dimensions variables, de celui d'une noisette à une tête fœtale ; à leur niveau on rencontre une muqueuse très amincie adhérente et le contenu est en général liquide clair quelquefois mucoïde.

Au point de vue histologique nous notons un épithélium cylindrique, les cellules sont hautes bordées par de longs cils vibratiles.

Au-dessous nous notons une couche conjonctive avec fibres musculaires circulaires et longitudinales.

THEORIE DE L'ORIGINE GLANDULAIRE

Elle a été une des premières en date. CRUVEILHIER, RICHET, KUMMEL soutenaient cette théorie. Séduisante a priori, elle paraît devoir être rejetée à l'heure actuelle car il a été établi une fois pour toute qu'il n'y avait pas de glandes dans le vagin, mais étant donné que nous

pouvons rencontrer des formations glandulaires aberrantes cette théorie est très soutenable et bien qu'on puisse la déclarer moins fréquente que les deux précédentes elle n'est pas à rejeter ; nous nous empressons de dire qu'elle a été signalée par VAUTRIN.

Une dernière théorie est la théorie des endométriomes vaginaux et para-varaginaux.

Ces tumeurs ont été étudiées par DEROCQUE.

Elles siègent dans les parois de l'utérus, ou en dehors de cet organe (ligaments utérins, septum recto-vaginal).

Leur constitution est la suivante :

Stroma fibro-musculaire et éléments épithéliaux semblables à ceux de la muqueuse utérine. Cette similitude est non seulement morphologique mais encore fonctionnelle. Leurs caractères généraux sont fixes et bien individualisés : ils sont adhérents à la paroi rectale, leur extension se fait souvent vers la base des ligaments larges, et à l'examen on note de véritables kystes du vagin.

Leur explication pathogénique est la suivante.

D'après DEROCQUE il faut les considérer comme des éléments endométrioïdes provenant d'une hétérotopie épithéliale d'origine séreuse ou plus rarement muqueuse.

En terminant ce chapitre pathogénique, nous conclurons à l'existence possible de formations kystiques vaginales d'origine glandulaire simple ou post-traumatique mais nous devons reconnaître que ce sont là des faits plutôt rares ; le plus grand nombre de cas étant dus à des dysembryoplasies d'origine mullérienne, wolfienne et, quelquefois endrométrioïde.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Nous ne prendrons pas de type clinique de description ; les kystes du vagin étant essentiellement variables dans leur siège, leur aspect, leurs manifestations cliniques, nous redirons qu'ils peuvent siéger en un point quelconque du vagin avec prédominance aux faces antérieure, postérieure, antéro et posto-latérale. Quelquefois, encastrés dans le vagin, d'autres fois pédiculés et sessiles, ils viennent faire hernie au niveau de la vulve.

Tantôt durs, tantôt rénitents, d'autres fois, au contraire, ils sont mous, fluctuants, ils sont partiellement réductibles.

Les signes fonctionnels du kyste peuvent ne pas exister et ce n'est qu'au cours d'un examen génital complet que l'on découvre son existence ; plus rarement, c'est au cours de la toilette que la femme s'en aperçoit.

Il faut savoir cependant que les troubles fonctionnels peuvent être très accusés : pesanteur dans le bas-ventre, douleur et gêne pendant la marche, troubles de la miction, de la défécation et dans le coït sont des plus fréquents. La leucorrhée et les pertes muco-purulentes se rencontrent

souvent surtout dans les cas de kystes volumineux enclavés dans le vagin.

L'examen que pratiquera le médecin devra toujours s'accompagner du toucher vaginal combiné au palper abdominal de façon à se rendre un compte exact du volume, du siège, de la consistance, des adhérences de la tumeur ainsi que de l'état des organes génitaux.

L'examen au spéculum devra être systématiquement pratiqué.

Certains ont conseillé le toucher rectal ; il faut savoir qu'il ne donne que peu d'indications, mais qu'il peut être utile dans le cas de kyste postérieur.

La ponction exploratrice donnera d'utiles renseignements sur la nature et le contenu du kyste ; elle devra être faite avec prudence, entourée d'une asepsie rigoureuse et après un examen vésical sérieux.

Celui-ci devra être fait systématiquement dans tous les cas de kystes antérieurs et antéro-latéraux.

La règle générale de faire uriner toute femme dont on se propose d'examiner les organes génitaux est ici rigoureusement indiquée ; on évitera ainsi de confondre une hernie de la vessie ou un diverticule vésical avec un kyste du vagin.

Dans les cas douteux il sera nécessaire d'associer le cathétérisme de la vessie au palper toucher combiné pour voir si la sonde ne pénètre pas dans le kyste.

Enfin la cystoscopie pourra être nécessaire pour éliminer un diverticule d'origine vésicale ou urétérale.

CHAPITRE V

DE L'INFLUENCE DES KYSTES DU VAGIN SUR LA GROSSESSE

TROUBLES GYNECOLOGIQUES DUS AUX KYSTES DU VAGIN POUVANT ENTRAINER LA STERILITE

Les kystes du vagin peuvent, par leur siège, par leur volume et par les troubles qu'ils entraînent être cause de stérilité.

Dans une statistique de POUPINEL, nous remarquons que, sur 69 cas, il y a 23 femmes stériles.

D'après NEUGEBAUER, sur 50 observations de kystes du vagin il y a 48 femmes mariées dont 18 sont stériles. Sans vouloir généraliser ni édifier en règle fixe que les kystes du vagin entraînent systématiquement la stérilité, nous pouvons cependant dire qu'ils en sont une cause fréquente ; fréquence relative, d'ailleurs, à l'existence des kystes du vagin.

Leur mode d'action pathogénique à ce point de vue peut être variable.

Le premier effet que nous allons étudier est qu'ils

peuvent agir par leur volume même et qu'ils sont capables de mettre un obstacle au coït ou à l'intromission complète du membre viril.

Observations : Nos I, II, III, IV, V, VI.

KUCHENMEISTER rapporte, dans la « *Revue de Chirurgie* » (1889) page 556, un cas où le coït n'a pu être pratiqué à cause de la présence d'un kyste.

Comme nous pouvons en juger par ces diverses observations, l'obstacle physique apporté au coït par les kystes du vagin est un fait certain.

A côté des troubles physiques qu'ils engendrent il faut également noter les troubles d'origine musculaire dus à une vaginité permanente causée par la tumeur et favorisant des phénomènes de vaginisme inférieur.

Le deuxième mode d'action pathogénique des kystes du vagin dans la stérilité est encore dû au volume de la tumeur.

Dans le cas de kyste assez volumineux enclavé dans le petit bassin et constituant une barrière infranchissable au devant du col utérin, il est aisé de comprendre que la progression ascendante du sperme sera impossible.

Observation I.

Un troisième mode d'action pathogénique est constitué par les troubles de la statique utérine engendrés par la tumeur.

Pouvant être situés en un point quelconque du vagin les kystes amènent une déviation utérine qui pourra être variable dans la direction et dans l'intensité.

L'utérus bascule du côté où siège la tumeur.

D'autres fois, les déviations utérines porteront exclusivement sur le col qui sera ainsi fortement dévié.

GRYNFELTT cite le cas d'une malade opérée pour un kyste du vagin qui était situé dans le cul-de-sac vaginal postérieur à deux centimètres environ du col de l'utérus.

Ce kyste pressait fortement sur le col qui était fortement dévié en avant d'où rétroversion exagérée et stérilité consécutive. L'ablation du kyste permit à l'utérus de reprendre sa position normale et la fécondation eut lieu quelques mois plus tard.

Enfin, à côté de ces troubles de statique et purement mécaniques, il ne faut pas oublier que toutes les complications consécutives à ceux-ci entrent pour une grande part, dans les causes de stérilité.

A la déviation utérine sont le plus souvent associées la métrite, la paramétrite, les annexites et les salpingites.

Celles-ci sont dues au mauvais drainage et aux difficultés de lavage du col utérin et du vagin. En sorte que, à la déviation utérine s'ajoute une congestion intense du col, une augmentation de volume de tout le corps utérin et s'accompagnant d'un écoulement muco-purulent ; ce muco-pus associé à la congestion de l'utérus et du paramètre ainsi qu'à la déviation utérine sont les causes réelles de la stérilité.

Nous verrons, d'ailleurs, dans un chapitre ultérieur, quelles sont les déductions cliniques que nous pourrons

tirer pour expliquer certains troubles pouvant interrompre la grossesse voire même compliquer les suites de couches.

Observations VI, XXI.

TROUBLES DE LA GROSSESSE OCCASIONNES PAR LES KYSTES DU VAGIN

La vessie et le rectum qui sont les voisins de l'utérus dans la région vaginale sont quelquefois le siège de troubles pouvant entraîner des complications sérieuses à cause de la présence même des kystes du vagin.

La vessie chez la femme gravide présente des dimensions moindres dues à la compression par l'utérus augmenté de volume. A plus forte raison, il nous sera facile de comprendre combien les troubles vésicaux seront augmentés de fréquence et d'intensité chez une femme dont la vessie est comprimée non seulement par un gros utérus mais encore par une tumeur vaginale.

Ces troubles de la miction seront encore plus importants si le kyste du vagin vient comprimer le col vésical lui-même et mettre ainsi un obstacle à l'élimination de l'urine.

Les troubles fonctionnels que l'on rencontre plus souvent sont :

la dysurie avec ses mictions fréquentes, de quantité très peu abondante, douloureuses s'accompagnant d'une sensation de pesanteur et de gêne durant la marche.

D'autres fois, la miction exige des efforts ; le moral

de la malade est alors généralement atteint ; les troubles psychiques entrent en jeu.

La cystite et ses complications peuvent également survenir.

Le rectum est lui aussi le siège de compressions.

A la suite de kystes postérieurs du vagin le calibre du rectum peut être diminué à un point tel que les matières trouvent difficilement une issue.

La constipation opiniâtre en est la conséquence.

Or, si nous nous rappelons qu'une femme enceinte est une intoxiquée et qu'elle est un terrain de développement favorable pour le coli-bacille, nous comprendrons aisément que les kystes du vagin par le surcroît d'obstacle qu'ils apportent chez la femme enceinte puissent être la cause d'une infection grave à coli-bacille et d'une véritable auto-intoxication par la résorption des déchets qui devraient être éliminés.

Observations VI, VIII, XII, XIII, XVII.

La gêne qu'apporte les kystes du vagin dans l'accomplissement des mictions et de la défécation peut être accompagnée de troubles plus graves encore.

Nous avons signalé dans un chapitre précédent les troubles de la statique utérine et l'état infectieux chronique que pouvaient apporter les kystes du vagin.

Les observations que nous rapportons nous montrent que les femmes atteintes de kyste du vagin présentent, en général, des écoulements muco-purulents.

Les signes physiques sont, le plus souvent, surtout

dans les cas de kystes volumineux ou, dans le' cas de kyste juxta-cervical, ceux d'une congestion utérine, péri-utérine intense, avec phénomènes métritiques et annexiels.

Or, dans la littérature gynécologique il est classiquement admis que, pour tous les états congestifs de la muqueuse utérine, quelle que soit leur origine, il y a une prédisposition à l'avortement ou à la terminaison prématurée de la grossesse.

Donc, nous pourrons conclure, sans toutefois généraliser que les kystes du vagin peuvent être l'occasion d'avortement ou de terminaison prématurée de la grossesse, ainsi qu'en font foi les faits que nous relatons.

LANG signale dans sa thèse que, sur 38 observations de femmes enceintes présentant un kyste du vagin, il y a eu trois cas avec un avortement, un cas avec trois avortements et un cas avec plusieurs avortements.

Observations VI, XII, XIII, XVI.

COMPLICATIONS DES KYSTES DU VAGIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Les kystes du vagin peuvent être quelquefois une cause de dystocie.

Celle-ci pourra être variable.

Avant tout travail elle pourra gêner l'accommodation du fœtus au détroit supérieur mais ces faits sont excessivement rares.

Le mécanisme de l'expulsion paraît seul être gêné, quelquefois même empêché par le kyste.

Dans certains cas, si la tumeur est pédiculée et mobilisable elle peut se loger dans l'encoche formée par les branches ischio-pubiennes.

D'autres fois, le kyste est compressible et ne gêne que moyennement l'extraction du fœtus mais le plus souvent il y a véritable dystocie obligeant le médecin à intervenir d'urgence.

Observations TARNIER et BUDIN. IX, X, XI.

LANG rapporte dans sa thèse un cas de PETERS où la tumeur refoulée en bas par des contractions utérines énergiques s'opposait à l'expulsion de la tête fœtale.

Une application de forceps ne donna aucun résultat, seule la ponction de la tumeur par voie anale permit le dégagement du fœtus.

Le même auteur rapporte une observation de MAYGRIER où la présence d'un kyste du volume d'un œuf, élastique et résistant avait nécessité une application de forceps et pendant l'extraction le kyste se rompit ; le dégagement se termina spontanément.

Donc, les kystes du vagin peuvent être, dans certains cas, une cause de dystocie qui, bien que peu fréquente, existe vraiment.

KYSTES DU VAGIN ET SUITES DE COUCHES

Les suites de couches peuvent être compliquées, soit par des phénomènes pathologiques propres ou par des phénomènes dont le kyste peut être lui-même le siège.

Dans le premier cas, les déviations utérines, l'obstacle apporté par le kyste qui, le plus souvent, a augmenté de

volume pendant la grossesse et l'infection utérine et péri-utérine peuvent, soit gêner l'écoulement lochial, soit favoriser la rétention et le développement de certains germes pathogènes hôtes habituels du vagin. Constituant ainsi une véritable lochiométrie.

L'accouchement va laisser une cavité utérine nue, dépourvue de muqueuse, saignotante, qui ne demandera qu'à s'infecter.

D'autre part, la muqueuse utérine qui a été le siège d'une inflammation aiguë passée à la chronicité, se détachera mal au moment de la délivrance ; il ne sera donc pas rare que des débris de caduque soient retenus.

Pour toutes ces raisons sus-indiquées et pour lesquelles il est inutile d'insister, l'infection puerpérale pourra se développer entrainant les compliquations que l'on sait.

Enfin, dans le deuxième cas, le kyste du vagin lui-même pourra se rompre. Son contenu, que nous savons être souvent purulent, viendra constituer un foyer microbien dont le voisinage près d'un utérus béant, sera la cause d'une infection certaine.

Si le contenu du kyste n'est pas purulent et si le kyste a éclaté, il s'infectera sûrement aussitôt après l'accouchement.

Les clapiers purulents qui vont persister dans la cavité vaginale, car il n'y aura pas de drainage, vont être eux aussi une source d'infection.

Observation XV.

Même si le kyste a été ponctionné au moment de l'accouchement, il pourra s'infecter secondairement par l'orifice de ponction, s'il ne l'était auparavant.

CHAPITRE VI

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES KYSTES DU VAGIN

Cette influence est réelle et nous devons la considérer durant les diverses étapes de la puerpéralité : grossesse, travail et délivrance.

Durant la grossesse :

Chez la femme enceinte, toute la sphère génitale est le siège d'une hyper-activité considérable. La vaso-dilatation et l'augmentation de circulation consécutive amènent une congestion intense.

Or, étant donné que les kystes du vagin siègent dans cette sphère génitale et qu'ils reconnaissent le plus souvent *la même origine*, il est tout naturel qu'eux aussi subissent une poussée évolutive.

D'une façon générale, on peut affirmer que les kystes du vagin augmentent pendant la grossesse et, à l'occasion, de chaque nouvelle grossesse.

Observations : I, VII, XXI, VIII, XIV, XVI, XVII, XX.

Dans une observation de TILLAUX l'apparition de la tumeur aussitôt après un premier accouchement alors qu'on

n'avait rien observé avant cet accouchement fait penser que le kyste n'existait pas auparavant.

De même, dans une observation de THALINGER, si un kyste avait préexisté, on aurait dû constater sa présence au cours des deux premiers accouchements.

Pendant le travail :

Plusieurs éventualités sont à considérer.

Ou bien le kyste résiste aux compressions qu'il subit, ou bien il se rompt.

Dans le premier cas, quand le kyste résiste, il diminue de volume et cette diminution peut avoir deux effets :

Par suite de la compression une partie du liquide contenu à l'intérieur va transsuder à travers les parois ; il y aura donc diminution du kyste mais cette diminution n'est que passagère car le liquide se reforme rapidement.

Un deuxième effet qui peut être la conséquence de cette diminution du contenu du kyste est sa transformation séro-hématique.

En effet, quand le kyste s'est vidé par transsudation il se produit le plus souvent une hémorragie a vacuo absolument comparable aux hémorragies qui se produisent pendant l'évacuation trop rapide d'épanchement pleurétique ou ascitique.

Enfin, lors du dégagement on peut observer la rupture du kyste.

Elle peut être due soit à une poussée congestive beaucoup plus intense, soit, le plus souvent, à un traumatisme obstétrical : manœuvres manuelles ou instrumentales, compression fœtale.

En pareil cas, cette rupture pourra être une cause d'infection et de suppuration pour le kyste et il faut bien savoir que cette disparition momentanée du kyste n'est que passagère car la déchirure va se cicatriser d'une façon vicieuse ou non, mais il y aura toujours nouvelle formation kystique.

Enfin, dans une dernière étude nous pouvons signaler la fréquence de l'apparition de kystes à la suite d'application de forceps.

Dans une observation de JOBERT de LAMBALLE (Ob. XVI) nous notons une apparition de kyste à la suite d'application de forceps.

LANG, dans sa thèse, signale que sur 38 observations il a remarqué 7 cas où un accroissement très net était observé sans parler des nombreux cas où la malade s'est aperçue de la présence du kyste, à propos de la grossesse.

Donc, augmentation du volume du kyste, transsudation du contenu, hémorragie a vacuo consécutive, rupture et infection et, enfin, traumatisme obstétrical pouvant occasionner l'apparition de kystes du vagin, telles sont les principales influences que peut avoir la puerpéralité sur les kystes du vagin.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Nous ne nous attarderons pas à rappeler les signes physiques : l'existence de la tumeur, son siège, sa consistance, ses adhérences, ses prolongements, sa réductibilité.

Nous n'insisterons pas sur les signes fonctionnels.

Il faut cependant que nous insistions sur ce fait que le diagnostic des kystes du vagin peut être très délicat à poser étant données les affections possibles de voisinage qui peuvent simuler les kystes du vagin.

Le palper et le toucher combinés à l'examen au spéculum devront être systématiquement pratiqués.

Dans tous les cas, la vessie et le rectum de la malade devront être évacués préalablement.

Le sondage vésical accompagné d'instillation d'eau devra être fait de façon à se rendre compte s'il ne s'agit pas d'une cystocèle, d'une urétrocèle.

En pareil cas, nous constaterions sous l'influence de la distension mécanique une augmentation du volume de la tumeur qui serait réductible par la pression avec issue de liquide par le méat urinaire ou par sondage.

Mais cette épreuve ne suffira pas car nous pouvons avoir des diverticules vésicaux ou urétraux que seules la cystoscopie et l'urétroscopie pourront déceler.

Le rectocèle qui siège sur la ligne médiane sera reconnu par le toucher rectal. On se rend compte par le doigt explorateur de l'existence au-dessus du sphincter anal d'une cavité dont la paroi antérieure est recouverte par une muqueuse vaginale prolabée.

Nous devons examiner ensuite les régions utérine utéro-ovarienne et pelvienne.

Nous éliminerons d'abord les kystes congénitaux du col utérin qui constituent des polypes endo-cervicaux d'abord et vaginaux ensuite.

Le toucher seul permettra de faire le diagnostic et l'on reconnaîtra, à l'aide du doigt explorateur, et du spéculum, les rapports et le siège de cette tumeur.

Nous éliminerons rapidement les kystes para-utérins et les fibromes utérins pédiculés que nous reconnaitrons par la saillie dans un cul-de-sac latéral mais qui suivent exactement les mouvements imprimés à l'utérus et qui sont à évolution abdominale ou abdomino-pelvienne.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur le diagnostic différentiel avec un ovaire adhérent et prolabé, les salpingites douloureuses et les pelvi-péritonites.

De même l'abcès pottique est facilement reconnaissable grâce à l'histoire et aux signes cliniques. Leur diagnostic n'est pas discutable.

Le prolapsus total utéro-vaginal sera facilement reconnu par l'examen, par l'épreuve de la marche, de la toux.

Quant au diagnostic étiologique et histologique, il est impossible de les poser a priori, seul l'examen histologique permettant de le faire.

Que devons-nous penser de la ponction exploratrice ?

Elle ne devra être pratiquée qu'après un diagnostic certain et l'élimination des cystocèle, urétrocèle et rectocèle.

Elle devra être entourée de soins d'asepsie minutieux ; les renseignements qu'elle fournit sont de peu de valeur ; sans doute, elle nous indique la nature du contenu mais cette indication offre peu d'intérêt, ainsi que nous le verrons dans le chapitre thérapeutique.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous allons étudier d'abord les méthodes et nous verrons ensuite leurs indications.

Une seule méthode est à retenir à l'heure actuelle c'est l'extirpation totale de la tumeur.

Comme pour tous les kystes l'incision se fera suivant le grand axe de la tumeur ; il faudra ensuite disséquer les parois du kyste et en faire l'extirpation. Certains auteurs préconisent d'inciser en même temps que la paroi vaginale les parois du kyste et de laisser couler son contenu. Cette méthode est, sans doute, celle que l'on emploie le plus fréquemment à cause de l'adhérence des parois vaginales et kystiques. Nous pensons toutefois que si cela est possible c'est-à-dire si les adhérences ne sont pas trop intimes il est préférable de disséquer la paroi kystique et d'essayer de faire l'extirpation en bloc.

Au niveau du grand axe du kyste la dissection est facile mais c'est au niveau de la partie haute, au pédicule, que surviennent de grandes difficultés. Il faut laisser de côté le bistouri et faire la dissociation avec une sonde cannelée. Dans certains cas, il y a impossibilité d'enlever complètement la base du pédicule ; il faudra alors ins-

tituer un traitement moins énergique. On curettera la région avec grande prudence et avec un éclairage des plus parfaits ; ou bien on emploiera le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc pour cautériser.

Dans les cas de kyste ouvert, le plus souvent infecté et suppuré, il est pratiquement impossible de disséquer le kyste. On peut même dire que toute intervention active peut être une cause d'hémorragie grave ou d'infection sérieuse.

Le traitement consistera alors, non pas en curettage de la poche, mais dans la cautérisation et le tamponnement.

Une autre méthode qui n'est pas une méthode de traitement mais une méthode adjuvante et expectative c'est la ponction de la poche. Il est important de rappeler que cette ponction devra se faire sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse. Injections de propreté pour commencer puis attouchement à la teinture d'iode. Il faudra se servir d'un petit trocart et non d'une aiguille de petit calibre car le contenu du kyste peut renfermer des particules solides.

Quelles sont les indications durant la grossesse ?

Pendant la grossesse tout kyste du vagin diagnostiqué doit être extirpé ; la période extrême pendant laquelle on est encore autorisé à pratiquer cette intervention peut être reculée jusqu'à quelques jours avant le travail.

Certains auteurs ont préconisé de ponctionner le kyste et de l'enlever après l'accouchement. En pareil cas, comme nous ne savons pas quelles seront les suites infectieuses possibles, nous devons formellement rejeter **la ponction.**

D'aucuns prétendent que toute intervention pratiquée sur le vagin pendant la grossesse peut être la cause d'accouchement prématuré. Ces faits peuvent se vérifier et

c'est pour cela que nous préconiserons l'extirpation totale soit tout à fait au début de la grossesse soit vers le 8e mois.

Dans les cas de kyste suppuré et ouvert, il faudra toujours faire l'extirpation totale et faire une désinfection des plus énergiques du vagin de façon que le vagin ne soit pas un réceptacle de pus lors de l'accouchement.

Pendant le travail, si le kyste gêne par son volume ou si l'on craint une rupture de kyste suppuré, il faudra pratiquer d'urgence la ponction qui sera alors évacuatrice et qui permettra d'attendre l'extirpation totale après les suites de couches.

Enfin, dans les cas de kyste rompu suppuré lors de l'accouchement, on sera autorisé à pratiquer l'extirpation totale car ce cloaque de pus peut être une source d'infection puerpérale.

En terminant cet essai de traitement, nous insisterons sur l'utilisation de l'extirpation totale des kystes même peu volumineux diagnostiqués durant la grossesse car nous ne savons pas si celle-ci ne va pas leur faire subir une poussée suraiguë.

OBSERVATIONS

Communiquée par M. le Professeur Vayssière

Madame G, épouse N..., 23 ans, ménagère, domiciliée à Roquevaire.

Cette femme vint consulter au début du mois de mars 1931 pour une grosseur qui avait fait sa saillie au niveau de la vulve.

Les antécédents sont les suivants :

Héréditaires :

Mère morte de diabète en 1923.

Père en bonne santé.

Collatéraux :

Mari en bonne santé.

Personnels :

Pathologiques : Pneumonie à 2 ans.

Gynécologiques : Réglée à 13 ans, règles régulières, non douloureuses, durant 4 à 5 jours.

Obstétricaux :

Dernières règles du 9 au 13 juin 1930.

L'histoire clinique est la suivante :

La malade s'est aperçue de la présence d'une grosseur molle, venant faire saillie à la vulve ; elle augmenta de

volume et entretenait divers troubles fonctionnels : douleur, gêne à la marche entraînant une irritation locale fort désagréable. De plus leucorrhée très abondante.

Entrée dans le service de clinique gynécologique du Professeur Vayssière le 4 mars 1930, elle vint pour se faire opérer du kyste du vagin.

A l'examen :

L'inspection montre au niveau de la vulve, une tumeur du volume d'une petite poire venant faire saillie entre les deux grandes lèvres ; tumeur de couleur rosée.

A la palpation : Masse molle, fluctuante.

Au toucher :

On constate que cette tumeur est bilobaire et remonte sous forme de cordon bilobé jusqu'au niveau du cul-de-sac droit du vagin. Aucune adhérence avec l'utérus ni aucun des organes voisins.

Du côté de l'abdomen : Hauteur utérine 32..

Présentation du sommet en O I D P.

Intervention : le 7 mars ; (Professeur Vayssière).

Incision de la paroi vaginale allant jusqu'au cul-de-sac latéral droit ; dissection de la poche et ouverture du kyste ; la dissection remonte loin dans le ligament large droit. Suture au catgut ; surget en points séparés.

Le 8 mars 1931, à 23 heures, cette femme est transportée de l'Hôpital de la Conception dans le service de clinique obstétricale de M. le Professeur Guérin Valmale.

A l'examen : Pouls à 120. Température à 37,9.

Au palper : H. U. : 32. O I D P engagée. Auscultation positive.

Dilatation : 4 centimètres ; poche des eaux intacte, tête à 2 travers de doigt du périnée. Suture curviligne dans le cul-de-sac droit.

Le 10 mars 1931, à 9 h. 30, toilette vaginale, la femme a 39° de température et 120 pulsations. La tête est à la vulve. Dilatation complète, poche des eaux rompue ; occiput sous le pubis.

A 10 h. 15. Expulsion en O. P. d'un enfant du sexe masculin qui naît un peu étonné et crie après quelques flagellations. Poids 3.040 gr.

A 10 h. 45. Expulsion du délivré par sa face fœtale. Membranes et cotylédons paraissent intacts mais à noter la présence d'une caduque très épaisse. On pratique un toucher pour se rendre compte des dégats existants, la suture paraît être intacte, étirée avec la lèvre antérieure du col en avant ; on pratique en même temps un curage qui ramène de gros lambeaux de caduque ; on termine par une injection intra-utérine et une piqûre d'ergotine, globe de sûreté.

ACCOUCHEMENT. — Début du travail le 8 mars.
Entrée à la salle du travail le 8 mars à 23 heures.
Début de la dilatation inconnue.
Variété de la position O I D P.
Dilatation complète le 10 mars à 9 h. 30.
Durée de la période de dilatation inconnue.
Rupture des membranes, spontanée, précoce.
Liquide amniotique verdâtre et d'odeur fétide.
Variété de position au moment du dégagement O P.
Expulsion du fœtus le 10 mars à 10 h. 15.
Durée de la période d'expulsion 45 minutes.
Lésion vulvo-périnéale : Néant.
Quantité de sang perdu avant l'expulsion : Néant.
Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance peu abondante.
Durée totale du travail inconnue.
Délivrance. Expulsion spontanée à 10 h. 45.
Quantité de sang perdu pendant la délivrance : abondante.

A noter un circulaire irréductible que l'on sectionne entre 2 pinces. Curage et injection intra-utérine pour rétention de caduque très épaisse que l'on ramène à poignée. Ergotine. Curage fait par M. Verdeuil.

Le 10e jour : L'état de la cicatrice est très satisfaisant, croissant entourant le col, du côté droit ; l'extrémité antérieure arrive au niveau de la ligne médiane ; l'extrémité postérieure s'arrête à 2 centimètres de la ligne médiane. Cette cicatrice curviligne, perpendiculaire à l'axe du vagin, siège à un centimètre environ du fond du cul-de-sac.

Suture très régulière, à peine encore un peu œdematiée en avant.

En somme accouchement prématuré dont les suites ont été très satisfaisantes.

Examen de la coupe :

Cavité kystique présentant une paroi externe constituée en surface par un épithélium malpighien correspondant à la muqueuse vaginale. Chorion très enflammé. Congestion, suffusions hémorragiques, infiltration de polynucléaires.

La paroi interne est constituée par un épithélium tantôt cylindrique, tantôt cylindro-cubique sur sa plus grande partie, mais présentant en un point une inclusion malpighienne que l'on peut interpréter soit comme une hétérotopie, soit comme une métaplasie. La pathogénie expliquant la formation de ce kyste est assez difficile à préciser. Il est certain que la situation juxta-cervicale pourrait faire penser à une cavité glandulaire plus ou moins aberrante ; il existe de nombreux cas dans lesquels les œufs de Naboth donnent naissance à des aspects similaires. Toutefois une réserve est à faire dans ce cas, puisque nous avons une véritable infiltration par la cavité kystique avec soulève-

ment de la paroi vaginale latérale et véritable hernie externe. Cet argument topographique ne permet pas cependant de nier absolument la possibilité d'une origine glandulaire aberrante.

Du point de vue histologique ; nous devons rapprocher cet épithélium de revêtement de celui qui a été décrit dans les cas antérieurs de kystes du vagin montrant la présence tantôt de cellules cubiques, surtout dans l'immense majorité des cas à cellules cylindriques, parfois même à cils vibratiles (Poupinel). Soit enfin de cellules malpighiennes disposées sur plusieurs couches (Meyer, Baumgaster, Abedeff, Rudge, Lefort, Poupinel).

Observation I.

Lucien PICQUE (Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. N° 24).

Résumé.

M. (Camille), 29 ans, entre le 12 octobre 1897, dans mon service. Immédiatement après son mariage, (il y a environ 5 ans), elle s'est aperçue de la présence de ce kyste. Elle raconte que dans la position accroupie ce kyste dont elle compare le volume à celui d'une grosse noisette, arrive à la vulve et qu'il y apparaît avec une coloration blanchâtre. Il paraît se réduire dans la position debout, mais il apporte un obstacle sérieux au coït. La malade accoucha un an après d'un enfant à terme, mais il se produisit une rupture du périnée. Après l'accouchement le kyste augmenta de volume.

Au moment des règles, le kyste augmente notablement de volume et devient douloureux.

La tumeur occupe la partie latérale droite de la paroi

vaginale antérieure allant du tubercule antérieur du vagin au cul-de-sac antérieur.

Observation II.

SCHWARTZ (In-thèse ZELIGSON).

F... Adélaïde, 34 ans, mariée, ménagère, entrée le 6 avril 1893.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Elle a eu 4 enfants, le dernier il y a 15 mois.

Un an après le dernier accouchement, la malade a commencé à sentir une gêne pendant les rapports sexuels qui lui donnaient des maux d'estomac.

Après quelque temps, elle croit que c'est une descente de matrice. Elle va consulter à la Maternité où on l'admet avec le diagnostic du kyste du vagin.

Mais le kyste se déchire de lui-même et on la renvoie. 3 mois après, elle entre de nouveau parce que la tumeur est devenue le double de ce qu'elle était la première fois. La tumeur la gêne pour marcher, empêche les rapports sexuels. La tumeur se réduit dans la position couchée. Ablation pas d'examen histologique.

Observation III.

NEUGEBAUER (Revue de gyn. 1897).

Florentine K... (12 février 1881), 31 ans. Mariée depuis 10 ans, sans enfant, le mari n'a jamais réussi à pratiquer le coït, grâce à un obstacle quelconque. La malade demande à être débarrassée de cet obstacle et vient à l'hôpital pour de la dyspareunie et stérilité.

Grand kyste vaginal implanté sur la paroi vaginale

antérieure, dans une direction oblique, le plus grand diamètre du kyste est dirigé de dehors en dedans, vers la ligne médiane.

Résection d'après Schroeder, kyste Gaertnérien. Le coït a pu être pratiqué.

Observation IV.

NEUGEBAUER (Revue de gyn. 1897).

Marié depuis un an, stérile jusqu'ici. Kyste de la grosseur d'un œuf d'oie, sur la partie antérieure du vagin faisant saillie en dehors de la vulve, sous forme d'une tumeur fluctuante. Bien que le mari soit vigoureux, la membrane hymen est intacte, le coït étant impossible, et chaque tentative devenant l'objet de lutte entre les époux. Les parois du kyste sont transparentes.

Résection d'après Schroeder, suture profonde par huit points, la base du kyste s'étendait jusqu'à près de l'entrée du vagin, et avait une tendance à en sortir entièrement en pédiculisant.

Observation V.

NEUGEBAUER (Revue de gyn. 1897).

Aplonie W... (19 septembre 1889), 57 ans, mariée de 37 à 51 ans.

Bientôt après la défloration, une tumeur sortit de la vulve. C'est un kyste du vagin qui augmenta progressivement, mais lentement, de volume pendant douze ans, jusqu'à 47 ans ; à ce moment il cessa de s'accroître.

Au premier coup d'œil la tumeur donnait l'impression d'un cystocèle ou d'un rectocèle vaginal, c'était un kyste

de la grosseur d'un œuf d'oie, avec un pédicule épais, de 26 millimètres de largeur.

Section du pied avec l'écraseur de Koeberlé, quelques points de suture sur le moignon du pédicule.

Cette femme se plaignait de dyspareunie, de l'impossibilité de l'introduction du pénis et de stérilité consécutive, la tumeur dont l'origine se trouvait sur la paroi antérieure du vagin sortit spontanément en dehors de ce canal, cette issue se fit bientôt après la défloration. Le pédicule se forma par suite de la traction causée par le poids de la tumeur et les contractions du vagin. L'existence du pédicule du kyste et sa migration secondaire n'ont pas permis de savoir si le kyste était développé aux dépens du canal Gaertnérien droit ou gauche. A noter l'épaisseur du pédicule qui ne contenait aucun diverticule de la vessie ni de l'urèthre.

Observation VI.

PERAIRE et BENDER (Bulletin et Mém. de la Soc. anatom. de Paris, 1904).

Madame Jeanne B..., 28 ans, infirmière.

Dans les antécédents, aucune maladie antérieure ; on relève seulement un traumatisme sur la région inguinale gauche.

Mariée à 22 ans. Quelques jours après son mariage, apparut un gonflement au niveau des grande et petite lèvres gauches. Douleurs vives à cet endroit. La malade s'alite. Les fonctions conjugales n'ont jamais pu s'effectuer. Sensation de déchirure lors de chaque rapprochement.

La malade s'aperçoit alors de la présence d'une grosseur du volume d'une noisette dans la paroi vaginale latérale gauche. Une leucorrhée très abondante en même

temps qu'une métrorragie survenant tous les 8 jours firent leur apparition. La miction se faisait en pomme d'arrosoir.

Observation VII.

In-thèse PAGES. Résumée.

Eugénie L..., âgée de 37 ans, cuisinière, entre à l'hôpital de la Charité, le 3 mars 1902, dans le service de M. le Professeur agrégé Campenon.

On trouve saillante à la vulve, sous le méat urinaire, une tumeur blanchâtre ayant l'apparence d'un cystocèle. Cette tumeur fait une saillie plus marquée sous l'influence des efforts, de la toux, dans la position debout et diminue au repos, la femme étant placée dans le décubitus dorsal. Un sillon la sépare des portions de la muqueuse vestibulaire attenante au méat, elle vient du vagin sur la paroi antérieure duquel elle est implantée.

La femme n'ignorait pas sa présence, elle a eu deux grossesses menées à terme. C'est à la suite du premier accouchement qui remonte à 5 ans qu'elle s'est aperçue de la présence de cette tumeur. Elle était alors toute petite, et ne faisait saillie que dans la position accroupie. Elle a acquis progressivement le volume actuel d'une grosse noix, sans causer de gêne ni de douleurs.

Le deuxième accouchement qui date de trois ans s'est bien effectué, la tumeur n'ayant à aucun moment gêné le passage de l'enfant.

Depuis trois mois la tumeur est presque toujours dehors, la femme accuse de la pesanteur et des tiraillements dans le bas-ventre, elle est plus gênée au moment de ses menstruations, il lui semble que sa tumeur fait plus saillie en ce moment.

On diagnostique un kyste du vagin, le toucher vaginal facilement pratiqué montre que le col est à sa place, l'utérus est gros et facilement ballottant.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste d'origine embryonnaire.

Observation VIII.

REBOUL (in-thèse ZELIGSON). Résumée.

40 ans, cuisinière.

A vingt ans le mari fait remarquer à la malade l'existence de deux kystes siégeant sur la paroi antérieure et postérieure du vagin.

A vingt et un ans, une grossesse. Après l'accouchement, la tumeur augmenta de volume, mais il n'y avait aucun symptôme fonctionnel.

A trente-cinq ans, nouvel accouchement, augmentation rapide et gêne, douleurs irradiantes dans le bas-ventre, la miction exige des efforts, la malade est devenue très nerveuse.

Il y a deux tumeurs à la vulve, une en avant sous le tubercule antérieur du vagin, l'autre en arrière reçue dans une espèce de croissant formé par la paroi vaginale qui fait une légère saillie en avant. Le kyste antérieur est gros comme une noisette, le postérieur comme une noix.

Ablation. L'examen histologique montre qu'il s'agit de kystes provenant des canaux de Gaertner.

Observation IX.

PUECH (Montpellier Médical, 1892). Résumée.

L'auteur cite l'observation d'une malade du Professeur Grynfeltt. Femme de 25 ans. Bien constituée.

Première grossesse 5 ans auparavant. Grossesse et accouchement normaux.

Peu de temps après, apparition d'un kyste au niveau de la région vulvo-vaginale. Aucun trouble n'accompagnait ce kyste.

Deuxième grossesse, 4 ans après.

A terme, on constate au niveau du 1/3 inférieur du vagin, région postérieure, une tumeur du volume d'une mandarine.

Tête amorcée au détroit supérieur. Dos à gauche.

Le kyste siégeant au niveau de la partie postérieure détermine une sorte de canal étroit en S très allongé.

A dilatation complète, le kyste est poussé vers la portion inférieure du vagin par la tête fœtale.

La progression de la tête ne se faisant pas, on est obligé de ponctionner le kyste après soins antiseptiques.

On retire 100 grammes de liquide puriforme ; le dégagement se fait alors normalement.

Observation X.

SCHROEDER et CHARPENTIER. In traité d'accouchements.

Femme de 34 ans, bien portante, ayant déjà eu trois grossesses normales.

Ces 3 accouchements ont été normaux et spontanés.

2 ans après, nouvelle grossesse. A terme, après 5 heures de travail et 2 heures après la rupture de la poche des eaux, Peter fut appelé par la sage-femme qui soupçonnait quelque chose d'anormal. Il constata dans le vagin la présence d'une tumeur molle, occupant toute la cavité vaginale et remplissant toute la main. L'exploration était

rendue très difficile par la présence de cette tumeur.

La tumeur étant molle, la présentation du sommet et les contractions utérines étant bonnes, il crut pouvoir laisser aller les choses seules. Dix-huit heures après le début du travail, la tumeur était refoulée en bas par la tête fœtale, inertie utérine ; la tête était bloquée et ne pouvait passer.

On essaya une application de forceps sans résultat.

On pratiqua alors la ponction de la tumeur par l'anus ; une nouvelle application de forceps permit alors de faire évacuer le kyste par l'orifice de ponction et le dégagement se produisit.

Observation XI.

TARNIER et BUDIN (Traité d'accouchement).

Les auteurs citent le cas d'une femme observée par Maygrier.

Chez une femme en travail, la tête de l'enfant était arrêtée dans le vagin par une tumeur élastique, résistante, du volume d'un œuf.

Application de forceps ; durant les tractions, la tumeur se rompit tout de suite.

Issue de liquide clair dans lequel on reconnut une membrane d'hydatide.

Observation XII.

QUENU (In-thèse ZELIGSON).

Félicie S..., 41 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans, les règles

se sont toujours bien passées. Cinq accouchements normaux, le dernier il y a 5 ans.

Entrée le 9 novembre 1894, au Pavillon Pasteur.

La malade se plaint de douleurs dans le dos et dans les reins.

Elle éprouve des démangeaisons insupportables du côté du vagin. Troubles de la miction et constipation.

Examen : Par le toucher, on sent à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire, deux tumeurs molles, fluctuantes, situées l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure et développées à l'insu de la malade.

L'antérieure est grosse comme une noix ; la postérieure un peu plus grosse.

Observation XIII.

CASTAING et DIEULAFE (Archives provinciales de chirurgie, 1902).

Mlle X..., 17 ans, ne présente aucun antécédent.

Vers l'âge de 12 ans, à la suite d'une chute brusque sur les pieds, éprouve une sensation de gêne à l'orifice du vagin ; elle s'aperçoit alors de l'existence d'une petite tumeur à ce niveau là.

Les règles apparurent pour la première fois sans présenter de phénomènes particuliers.

Bientôt apparut une sensation de gêne de plus en plus grande et une pesanteur au niveau de la région hypogastrique.

Sous l'influence des mouvements brusques, des efforts, la tumeur fait saillie à la vulve ; la sensation de gêne et la saillie de la tumeur augmentaient à l'époque des règles ; celles-ci n'étaient plus douloureuses.

Depuis 2 ans, pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Bientôt après, apparut une constipation opiniâtre accompagnée de troubles urinaires : miction en plusieurs temps, mais pas de fréquence anormale.

A l'examen : Tumeur kystique du volume d'une mandarine remplissant presque entièrement le vagin.

Le siège de cette tumeur était au niveau du cul-de-sac antérieur.

Observation XIV.

Kyste de la paroi recto-vaginale (Service de M. le Docteur A. DECES, in-thèse ROBERT). Résumée.

La nommée Irma C..., âgée de 19 ans, journalière, accouchée, il y a trois mois, a senti au début de sa grossesse se développer une petite tumeur, cette tumeur a toujours augmenté de volume, elle a atteint son maximum au moment de l'accouchement, qu'elle n'a d'ailleurs gêné en aucune façon.

On constate entre les grandes lèvres une tumeur ayant à peu près le volume d'un œuf de poule, tumeur réductible faisant saillie à la suite des efforts ou de la station debout, il s'agit d'un kyste développé aux dépens de la paroi vaginale postérieure.

Une ponction aspiratrice est faite avec une seringue de Pravaz, on retire 5 à 6 grammes de liquide clair.

Huit jours après le liquide s'est reproduit, une ponction exploratrice faite avec le trocart capillaire donne issue à 60 centigrammes de liquide contenant du pus.

M. DECES pense qu'il s'agit d'un kyste développé aux dépens des glandes muqueuses, pas d'examen histologique.

Observation XV.

PORAK (Archives de Tocologie, 1883).

Il s'agit d'une femme qui avait un kyste préexistant et qui lors d'un accouchement subit une évolution inflammatoire.

Il fut incisé, par suite se produisirent des phénomènes phlegmoneux du côté des grandes lèvres ; on put alors noter l'issue d'une hydatide qui fit faire le diagnostic étiologique.

Observation XVI.

(Jobert de Lamballe, Gazette des Hôpitaux, 12 août 1862, page 373, in-thèse Thalinger).

Femme de 32 ans, d'une bonne constitution, première menstruation à 15 ans, 4 accouchements à terme, le troisième a été laborieux, tentatives d'application de forceps, enfant mort-né, d'un volume considérable ; l'affection se développe à la suite de cet accouchement.

Pas d'autres symptômes que des douleurs dans la fosse iliaque droite. Au troisième mois, tumeur pédiculée du volume d'une petite noix. Nouvelle grossesse, repos au lit pendant 5 mois, accouchement à terme, enfant vivant.

Depuis lors, règles abondantes deux fois par mois ; santé générale satisfaisante.

A son entrée à l'hôpital tumeur dépassant la vulve, oblongue, lobulée, attachée par un large pédicule en avant et à droite du col utérin, volume d'un gros œuf de poule ; dépressible, la pression hypogastrique la fait proéminer à la vulve, une sonde introduite dans la vessie n'entre pas dans la cavité.

Ponction et injection iodée.

Observation XVII.

In-thèse WEILL, page 57. Résumée.

La nommée P..., âgée de 39 ans, vient consulter pour tumeur apparaissant à la vulve.

Antécédents personnels : Deux accouchements à terme, trois fausses-couches.

Menstruation normale.

Histoire clinique. Pendant la seconde moitié de la première grossesse, la malade vit apparaître à la vulve une tumeur de la grosseur d'une noix, qu'elle découvrit par hasard. Tumeur faisant saillie en dehors du clitoris, écartant les grandes et les petites lèvres, mais ne sortant pas entièrement, du moins à l'état de repos.

Peu à peu cette tumeur augmente de volume, recevant à l'occasion de chaque grossesse une nouvelle poussée. Elle n'a jamais constitué un obstacle à l'accouchement.

Les signes fonctionnels augmentent, gêne dans la marche, troubles dans les mictions et la défécation. On note l'issue au dehors d'une tumeur pédiculée du volume d'un œuf de poule.

Opération. Guérison.

Observation XVIII.

Mlle ZELIGSON, (in-thèse, Paris, 1894-95).

Femme âgée de 25 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires : Père mort d'une pleurésie ayant duré un an, âgé de 58 ans.

Antécédents personnels : A un an elle a eu le tarreau. Fièvre typhoïde à 18 ans. Réglée à 18 ans, régulièrement.

Règles peu abondantes, durant 3 jours. Elle a eu deux accouchements : le premier, le 21 octobre 1892, normal et facile. Suites de couches normales.

Deuxième accouchement : 14 décembre 1894.

Difficulté de l'accouchement, au moment de la traversée vulvaire qui s'est effectuée sans incident.

Début de l'affection. Elle s'est aperçue de la présence de la tumeur vaginale après le premier accouchement, c'est-à-dire onze mois avant son entrée à l'hôpital. A ce moment-là, la tumeur sortait de la vulve. Elle ne parait pas avoir augmenté de volume, elle sort et rentre facilement. Elle ne s'accompagnait d'aucune gêne fonctionnelle et ne déterminait d'autres accidents que celui de l'accouchement cité plus haut.

Examen. Lorsque la malade a marché, il sort de la vulve, une tumeur grosse comme une mandarine, tumeur à surface lisse, régulière, sphérique, de coloration faiblement rosée, avec une teinte bleuâtre, molle, fluctuante, sans battements, irréductible. La muqueuse qui la recouvre est amincie.

Implantation. La tumeur naît de la ligne médiane de la paroi postérieure du vagin et empiète un peu sur la paroi latérale gauche.

Elle s'arrête à un travers de doigt de la vulve, remonte jusqu'au col, mais il est facile de l'en séparer.

Ablation. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'un kyste d'origine wolfienne.

Observation XIX.

Pierre FREDET (in Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris, octobre 1903, page 721).

Une femme de 39 ans entre à l'hôpital pour une dé-

chirure ancienne du périnée avec gros utérus métritique et prolapsus vaginal. Elle avait eu, en outre, sans s'en douter, un kyste vaginal du volume d'une noix, exactement localisé à la région du cul-de-sac latéral gauche, comme renseignements complémentaires ayant quelque intérêt dans le cas présent, il faut noter que cette femme a, depuis 14 ans, accouché de sept enfants, tous venus facilement, sans application de forceps ou d'un autre instrument capable de produire une attrition des tissus ou une inclusion fœtale

FREDET pratique l'ablation de ce kyste et l'examen anatomo-pathologique, montre qu'il s'agit d'un kyste d'origine wolfienne.

Observation XX.

Résumée in POUPINEL (Richelot Union Médicale, 16 octobre 1888).

Femme, 36 ans, tumeur du vagin datant de deux ans saillante à la vulve dans la situation verticale et n'ayant pas empêché l'évolution de deux grossesses.

La première grossesse a débuté au moment de l'apparition de la tumeur qui, d'abord du volume d'une noix s'est rapidement accrue et a présenté son maximum vers la fin de la grossesse. Après l'accouchement, la tumeur diminua de volume pour augmenter encore pendant la seconde grossesse.

Tumeur puriforme à grand axe allongé d'avant en arrière et de haut en bas, mesurant de 14 à 15 centimètres, le petit axe transversal mesure de 4 à 5 centimètres, la partie postérieure de la tumeur est exulcérée. Richelot pose le diagnostic de kyste sous muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin.

L'examen histologique montre qu'il y a une couche interne épithéliale cylindrique et qu'il s'agit d'un kyste développé aux dépens des canaux de Gaertner.

Observation XXI.

(CURATULO) a proposita di un casa delle grossa, cisti della vagina (morgagni Milano 1899). Résumée.

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, qui a eu six grossesses à terme, un avortement.

Après la première grossesse, elle s'est aperçue de la présence d'un petit kyste vaginal du volume d'une noisette. Augmentation progressive de volume, pas de gêne dans les rapports sexuels, pas de leucorrhée.

Pendant les deux dernières grossesses, la tumeur s'est beaucoup accrue et restait toujours en dehors des organes génitaux. Les grossesses suivirent leur évolution normale.

On constate en dehors des organes génitaux externes, un kyste du volume d'une orange, au milieu dans un point plus élevé ce kyste présente une petite ouverture comme une fistule de laquelle suinte un liquide jaunâtre, mélangé de pus.

Ablation du kyste et à la suite de l'examen histologique, on peut admettre deux théories. Théorie embryonnaire (canal de Muller), ou celle de Froment qui rattache la production de certains kystes à l'accolement des plis normaux de la muqueuse vaginale.

CONCLUSION

Les kystes du vagin sont, le plus souvent, des dysembryoplasies développées aux dépens des canaux de MULLER, de GAERTNER, ou bien des endométriomes ou bien des hétérotopies glandulaires.

En somme, cette affection est assez rare ; mais quand elle existe elle peut être une source de complications sérieuses en sorte que, si elle n'est pas dangereuse par elle-même, elle peut être redoutable par ses complications et constituer une surprise désagréable pour l'accoucheur au moment du travail.

Leur diagnostic devra être fait de façon précise.

Leur traitement se résume en un mot : extirpation.

Une fois de plus la chirurgie aura le soin de faire acte préventif et de rendre le pronostic bénin.

BIBLIOGRAPHIE

POUPINEL (1889). — Revue de Chirurgie.

CAXLEY HENNING (1847). — Revue de Chirurgie.

HUGUIER (1847). — Revue de Chirurgie.

WOLF-ZUGENSPECK-ZUCKERWANDT (1887). — Revue de Chirurgie.

MEMOIRE DE FREDET (1904). — Revue de Chirurgie.

BONDE (J). Contribution à l'Anatomie pathologique des kystes muqueux des petites lèvres (Monatsch. für Gebürts. und Gynâkol., décembre 1908, T. XXVIII, N° 6.

CLADO. — Diagnostic gynécologique.

COUVELAIRE. — Annales de gynécologie, 1902.

DORHN. — Sur le canal de Gaertner chez la femme (Archiv. fûr Gynâk. Berlin, 1883, Bd. XXI, p. 328).

FABRE. — Précis d'Obstétrique.

FEURTET. — Kyste du vagin. Thèse de Paris, 1902.

FREDET. Les kystes du vagin (Annales de Gynécologie, mars 1904, page 129).

FOCHER. — Volumineux kyste de la paroi vaginale postérieure cause de cystocèle (Monatschr. f. Geb. und Gynâk, 1912, Bd. XXXV, p. 4).

ABADIE. — Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris, mai 1903.

ACHARD et LANNELONGUE. — Traité des kystes congétinaux, 1886, p. 442.

BALACESCO (Buckarest). — Die pathogénie und behandlung der vaginal-cysten (Revista de Chirurgie, 1902, N° 9).

BRODIER. — Kystes congénitaux du vagin. Congrès de Gynécologie (in semaine Médicale du 9 septembre 1896)

CASTAING et DIEULAFE. — Des kystes du vagin. Archives provinciales de Chirurgie, 1902, p. 23.

CHALOT. — Kystes wolfiens et mulléricns (Ann. de gynéc. 1892, p. 11).

COLLARDOT. — Des kystes du vagin (Th. Paris 1881).

COMBE. — Kystes du vagin (Th. Paris 1889).

DAINVILLE. — Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, juin 1903.

HARTMANN Henri. — Hernie vaginale (Annales de Gynécologie, 1917, p. 350).

LANG. — Les kystes du vagin dans leur rapport avec la grossesse et l'accouchement. Thèse de Nancy, 1903-4.

MARION. — Les kystes du vagin (G. H. 1er février 1902).

PAGES. — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin (Th. Paris 1902).

POLYDOR. — Des canaux de Gaertner, de leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal.

POZZI. — Traité de gynécologie.

PICQUE. — Kyste d'origine wolfienne. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie (Tome XXIV, p. 750).

Von PREUSCHEN. — Veber cysten bildung in der vagina (Virchou's Archiv. Bd t. XX, p. 3 (1877) et Virchou's (Archiv. t. XX, p. 3 (1887).

PUECH. — Kyste du vagin compliquant l'accouchement (Montpellier ; Méd. 9 juin 1892).

QUENU. — Bulletin de la Société Anatomique (Juin 1889).

DE ROUVILLE. — Leçon sur les kystes du vagin (Semaine gynécologique, N° 55, 4 février 1913).

SCHATZ. — Beitrâge mecklemb. — Aerzte zun Lehre von der Echinococcenkra kheit. Stuttgard 1885.

ROBERT H. — Contribution à l'étude des kystes du vagin (Kystes de la paroi postérieure) Thèse de Paris 1889, N° 94).

STEVENS (Thomas G). — Adénomyome de la cloison recto-vaginale. Proc. of The Royal soc. of med. mars 1916.

THALINGER. — Des kystes du vagin ; en particulier des kystes de la paroi antérieure. Th. Paris 1885, N° 269.

TARNIER et BUDIN. — Traité d'Obstétrique.

THEVENOT. — Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine Gaertnérienne. Lyon Chirurgical 1913, N° 3.

TOURNEUX et LEGAY. — Atlas d'Embryologie. Développement des organes génito-urinaires de l'homme (Lille 1892).

VAUTRIN. — Tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale. (Annales de gynécologie, juin 1913).

WEIL. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Th. de Nancy 1904.

ZELIGSON (Mlle). — Des kystes du vagin. Thèse de Paris 1895.

DEROCQUE. — Thèse de Paris. Endomitrions vaginaux et paravaginaux.

Vu et permis d'imprimer,
Aix, le 17 juillet 1931,
Le Recteur,
PADÉ

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE :

Introduction 13

Historique 15

Anatomie Pathologique 17

Etude Pathogénique 21

Etude Clinique 29

Influence des kystes du Vagin sur la grossesse. 31

Influence de la grossesse sur les kystes du Vagin. 39

Diagnostic 43

Traitement 47

Observations 51

Conclusions 71

Bibliographie 73